In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Présentation du siège

Dr. Zenibaa-L (E.P.H Hassen Badi - El Harrach - Alger)

Plan:

I. GÉNÉRALITÉS :

1- Définition :

C'est une présentation longitudinale où le pôle pelvien étant directement en rapport avec le détroit supérieur, alors que le pôle céphalique est dans le fond utérin.

Il y a deux modes de siège :

a. Siège décompleté :

- 2/3 des cas.
- Cuisses fléchies sur l'abdomen, et jambes en extension en attelle sur le thorax. On touche au niveau de l'aire de dilatation que les fesses :

⇨ Mode des fesses.

b. Siège complet :

- Les membres inférieurs sont repliés au-dessous des fesses, le fœtus est assis en tailleur. On touche au niveau de l'aire de dilatation : les fesses et les pieds :

⇨ Mode des pieds.

2- Fréquence :

- 3%.
- La 2ème après le sommet.

3- Repère - variétés de position :

* Le sacrum étant le repère de la position.
* On distingue 06 variétés de position :

- Sacro-iliaque gauche antérieure (SIGA) +++.
- Sacro-iliaque droite postérieure (SIDP).
- Sacro-iliaque droite antérieure (SIDA).
- Sacro-iliaque gauche postérieure (SIGP).
- Sacro-transverse droite (STD).
- Sacro-transverse gauche (STG).

II. ÉTIOLOGIES :

Les causes relèvent surtout des troubles de l'accommodation du contenu au contenant :

1- Les causes maternelles :

- Parité :

* Multipare (hypotonie utérine : utérus chiffon).
* Primiparité (hypoplasie utérine : petit utérus mal étoffé cylindrique).

- Malformation utérine : (ex : utérus cordiforme ou bicorne).
- Déformation utérine (kyste de l'ovaire, fibrome du fond utérin : gène la présence de la partie pelvienne du fœtus au niveau du fond).

2- Les causes fœtales :

- Prématurité +++ (30% des cas de siège) :

Généralement, avant la 32ème semaine, le fœtus est en position transverse ou en siège surtout. Dès la 32ème semaine, le fœtus fait sa mutation spontanée pour se trouver en présentation céphalique. Donc, si l'accouchement se fait avant 32ème semaine (prématurité), le fœtus étant en position de siège surtout.

- Hydrocéphalie.
- Macrosomie fœtale.
- Gémellité.

3- Les causes annexielles (funiculaires) :

- Hydramnios (fœtus baladeur).
- Oligo-amnios.
- Placenta prævia.
- Brièveté du cordon (cordon court).

III. DIAGNOSTIC POSITIF :

Clinique :

1- En fin de grossesse :

A- Interrogatoire :

Renseigne sur les accouchements antérieurs (siège à répétition) ⇨ Malformation utérine.

B- Examen clinique :

* Inspection :

L'utérus est à grand axe longitudinal.

* Palpation :

Permet de noter :

Au niveau sus-pubien :

- Un pôle large, mou, irrégulier, ne ballote pas entre les deux mains : c'est le siège du fœtus.

Au niveau du fond utérin :

- Un pôle dure, arrondi, régulier, ballote entre les deux mains : la tête.

Manœuvre de Budin :

À la recherche du plan du dos.

* Auscultation :

- Foyer des bruits cardiaques fœtaux (B.C.F) : au voisinage de l'ombilic (para-ombilical ou légèrement en supra-ombilical), du côté du plan du dos.

* Toucher vaginal (T.V) :

- Présentation haute et segment inférieur malformé surtout dans le siège complet. Il est un peu bien formé dans le siège décompleté.

* Au total ; le diagnostic de la présentation de siège pendant la grossesse n'est pas toujours facile, il est de règle nécessaire pour le confirmer de recourir aux examens complémentaires.

C- Examens complémentaires :

Conditionnent le pronostic de l'accouchement :

- Échographie obstétricale :
  - Confirme le diagnostic.
  - Voir l'insertion placentaire.
  - Éliminer une malformation fœtale : (Hydrocéphalie majeure,..).
  - Mesure des biométries fœtales.
  - Voir la flexion de la tête.
- Radiographie du contenu utérin :
  - Confirme le diagnostic.
  - Éliminer une malformation fœtale.
  - Voir la flexion de la tête.

2- Pendant le travail :

- T.V :

- Mieux explicite, il fournit des renseignements essentiels d'autant plus nets que la présentation est basse et que la dilatation est avancée, et que les membranes soient rompues.

- On perçoit :

* Soit 02 masses de consistance molle, séparées par un sillon inter-fessier avec d'un côté le sacrum, et du côté opposé les organes génitaux dans le cas du siège décompleté.

* Soit un ou deux pieds dans le siège complet.

IV. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

1- La présentation de la face.

2- La présentation céphalique bien fléchie infiltrée par une bosse séro-sanguine.

3- La présentation transverse avec procidence d'une main ⇨ à différencier d'un pied (angle du talon 90°, les orteils sont dans le même plan mais dans la main le pouce n'est pas dans le même plan avec les autres doigts).

4- La présentation du front.

V. MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT :

Il est caractérisé par 03 accouchements successifs :

1- Accouchement du siège.

2- Accouchement des épaules.

3- Accouchement de la tête derrière (qui pose plus de problème).

1- Accouchement du siège :

A- Engagement :

- La présentation (siège décompleté) oriente le diamètre bitrochantérien (9,5 cm) suivant un des deux diamètres obliques du bassin (12 cm), celui-ci est suffisamment petit pour *ne pas avoir besoin de s'amoindrir.*

- le siège franchit synclite le plan du détroit supérieur.

- L'engagement dans le siège décompleté est plus facile et précoce.

B- Descente - Rotation :

* La descente :

- Elle s'effectue suivant l'axe ombilico-coccygien de la mère, puis se poursuit au prix d'un changement de la direction de l'axe qui devient horizontal, formant un angle obtus avec l'axe ombilico-coccygien

* La rotation :

- Elle s'effectue soit en même temps que la descente (mouvement en spiral), soit après elle ramenant le diamètre bitrochantérien suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

- Cette rotation se fait en arrière de 45° pour les variétés antérieures, et avant de 135° pour les variétés postérieures de telle sorte que le sacrum se trouve toujours sur le diamètre transverse du bassin.

C- Dégagement :

- La hanche antérieure se dégage la première, se colle sous la symphyse pubienne, puis la hanche postérieure se dégage à son tour en parcourant la concavité sacro-coccygienne, la longueur du périnée postérieur jusqu'à ce qu'elle franchit la commissure vulvaire postérieure.

- Le dégagement est plus facile dans le siège complet et ce grâce à l'incurvation latérale du tronc.

2- Accouchement des épaules :

A- Engagement :

- Une fois le siège dégagé, les épaules s'engagent par tassement. Elles orientent le diamètre bisacromial (12 cm) :

* Soit suivant le même diamètre oblique empreint par le siège dans les variétés antérieures.

* Soit suivant le diamètre oblique opposé dans les variétés postérieures.

- Le siège continuant en effet son mouvement de spire qui *ramène le dos en avant :* Condition nécessaire dans l'accouchement du siège pour éviter l'accrochage du menton avec le bord supérieur de la symphyse pubienne.

B- Descente - Rotation :

- Soit simultanément ou successivement, ramenant le diamètre bisacromial suivant le diamètre transverse du bassin dos en avant, ou suivant le diamètre antéro-postérieure du détroit inférieur.

C- Dégagement :

- Les épaules se dégagent en transverse successivement (par asynclitisme) : les bras tombent l'un après l'autre ou en antéro-postérieure. L'épaule antérieure qui se dégage la première se colle sous la symphyse pubienne, puis l'épaule postérieure se dégage à son tour.

3- Accouchement de la tête :

A- Engagement :

- La tête s'engage en même temps que la descente et le dégagement des épaules. Elle s'oriente suivant un diamètre oblique du bassin, l'occiput en amant, et s'engage fléchie.

B- Descente - Rotation :

- L'occiput tourne en avant (condition nécessaire) de 45° pour arriver médian au niveau du détroit inférieur.

C- Dégagement :

- Le sous-occiput se fixe en point d'appui sous la symphyse pubienne, la tête franchit progressivement, puis face, front, crâne : se dégagent successivement de la commissure vulvaire postérieure.

VI. ANOMALIES DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT :

1- Phénomènes plastiques :

A- Bosse séro-sanguine : siégeant sur les talons (siège complet), sur les organes génitaux et les fesses (siège décomplété).

B- Aplasie d'une cotyle (siège décomplété).

C- Luxation congénitale de la hanche.

D- Aplasie de l'angle du maxillaire inférieur.

2- Phénomènes physiologiques :

A- Anomalies des contractures utérines.

B- Anomalies de la dilatation du col.

C- La rupture précoce de la poche des eaux.

3- Phénomènes pathologiques :

A- Relèvement des bras :

* Anomalie fréquente au cours de l'accouchement des épaules.

* En général, cette anomalie s'observe dans les accouchements artificiels, la tête se défléchit suite à ce relèvement, rendant donc l'accouchement impossible.

B- Dystocie de la tête derrière :

Rétention de la tête :

* Soit au détroit supérieur :

- Se voit surtout lors :
    - Rétrécissement du bassin méconnu.
    - Rotation du dos en arrière.
    - Hydrocéphalie méconnue.

- Le pronostic est catastrophique dans ce cas.

* Soit au niveau de l'excavation :

- La tête est retenue par :
    - Rétrécissement modéré du détroit moyen.
    - Dilatation insuffisante du col.
    - Déflexion primitive de la tête.

VII. CONDUITE À TENIR :

1- Pendant la grossesse : (≥ 37 S.A)

- Le diagnostic posé doit être confirmé par la radiographie du contenu utérin ou par l'échographie.

- il faut tenter une version par manœuvres externes (V.M.E) qui ont tendance à ramener le siège en tête beaucoup plus favorable pour l'accouchement, puis maintenue cette position par serre corps.

- La V.M.E est contre-indiquée, si :
* Une primipare.
* Tares maternelles.
* Utérus cicatriciel.
- Il faut savoir que la V.M.E n'est pas systématique dans toute présentation de siège.
- Il faut réunir les éléments pronostiques pour accepter la voie basse ou décider d'emblée d'une césarienne programmée en cas de :
* Viciation même modérée du bassin.
* Gros enfant.
* Utérus cicatriciel.
* Utérus malformé.
* Primipare âgée.
* Tares maternelles.
* Prématurité.
* Placenta bas inséré (prævia).
* Déflexion primitive de la tête.

2- Au cours du travail :

- On réévalue les éléments pronostiques qui favorisent l'accouchement par voie basse.
- La césarienne sera décidée sur les conditions suivantes :
* Apparition d'une souffrance fœtale.
* Arrêt de la dilatation du col.
* Procidence du cordon (à dilatation incomplète).

VIII. MODALITÉS DE L'ACCOUCHEMENT :

- À dilatation complète ; la présentation arrive au niveau du périnée, commence sa phase d'expulsion. Celle-ci peut être conduite de plusieurs façons :

1- Accouchement spontané ≡ type Vermelin :

- C'est un accouchement qui se déroule de lui-même sous l'effet des contractions utérines et des efforts expulsifs de la femme.
- L'enfant sort des voies génitales maternelles et recueilli sur le champ de la sage-femme.

« Devant un siège, prendre un siège et s'assoir ».

2- L'intervention s'impose devant :
* Une phase d'expulsion durant > 20 min.
* Une dystocie d'expulsion.
* Le fœtus respire afin d'éviter son asphyxie : gasp.
* Altération des bruits cardiaques fœtaux (BCF).

- Les manœuvres utilisées sont :

A- Pour l'extraction de la tête :

* Manœuvre de BRACHT :
- Aide à extraire la tête qui est au niveau du *détroit inférieur* par une déflexion douce du fœtus basculé vers le ventre de sa mère.
* Manœuvre de MAURICEAU :
- Permet l'extraction de la tête retenue dans *l'excavation.*
- Elle consiste à introduire l'index et le médius de la main dans la bouche du fœtus jusqu'à la base de la langue, le fœtus placé à cheval sur l'avant-bras. Tandis que les doigts de l'autre main sont placés de part et d'autre de la nuque du fœtus, il faut :
  - Fléchir la tête.
  - Tourner la tête de telle sorte à ramener l'occiput en position médiane, le dos en avant.
  - Abaisser la tête pour ramener le sous-occiput sous la symphyse pubienne.
  - Fléchir la tête lentement pour la dégager de l'orifice vulvaire, tandis que le corps le corps du fœtus est relevé vers le haut.

B- Pour l'extraction des épaules :

En cas de relèvement des bras

* Manœuvre de LOVSET :
- L'engagement des épaules se fait suivant un axe oblique du détroit supérieur. S'il y a un relèvement des bras, on doit faire une double rotation axiale (axe antéro-postérieure) pour dégager les épaules :
- La 1ère rotation axiale : se fait de telle sorte qu'on ramène l'épaule antérieure en antérieure dès qu'on voit le moignon de l'épaule (ça veut dire que le bisacromial est engagé). Puis on introduit le pouce de la main au niveau du creux axillaire avec les deux doigts (l'index et le médius) le long de l'humérus et on abaisse le bras par un mouvement de mouchage.
- La 2ème rotation axiale : se fait de telle sorte qu'on ramène l'épaule postérieure en antérieure et on réalise la même chose que l'épaule antérieure pour son dégagement.
- Après cette manœuvre de dégagement des épaules, on doit faire rapidement un mouvement de restitution : on doit ramener le dos en avant.

- Après le dégagement des épaules, la tête se trouve souvent au niveau de l'excavation. On doit réaliser systématiquement un MAURICEAU pour son dégagement. Parfois, après le dégagement des épaules, la tête peut se trouver au niveau du détroit inférieur, on réalise dans ce cas un BRACHT pour son dégagement.

* L'ensemble formé par :
- L'extraction de la tête : (MAURICEAU ou BRACHT).
- L'extraction des épaules : (LOVSET)

Constitue la petite extraction du siège

C- La grande extraction du siège :

Elle comporte 04 étapes :

- Abaissement d'un ou des deux pieds (à travers une poche des eaux intacte, il faut la rompre pendant le dégagement).
- Accouchement du siège.
- Accouchement des épaules : * LOVSET.
- Accouchement de la tête :
  * MAURICEAU : Si tête au niveau de l'excavation.
  * BRACHT : Si tête au niveau du détroit inférieur.

Petite extraction du siège

⇨ En somme, c'est l'extraction du fœtus de bout en bout.

Remarque :

1- Pour l'engagement, le siège décomplété est mieux par rapport au siège complet. Dans le siège complet, le diamètre d'engagement est le sacro-pré-tibial (11,5 - 12 cm). L'engagement est retardé, et dès qu'un pied tombe ; l'accouchement suit le même mécanisme que le siège décomplété.

2- Le dégagement dans le siège complet (une hanche puis l'autre, le tronc est libre) est mieux par rapport au siège décomplété (jambes en extension en attelle sur le thorax, ça va gêner les mouvements d'incurvation du tronc).

IX. PRONOSTIC :

- Surtout fœtal : est d'autant plus grave qu'il s'agit d'un prématuré, avec une mortalité globale de 8%.
- Ce taux diminue lorsqu'on a recours à la césarienne.
- La morbidité (traumatisme obstétrical) entraine des lésions importantes :

* Lésions médullaires.
* Hémorragie cérébro-méningée.
* Paralysie du plexus brachial.
* Lésion de la langue.
* Fracture de l'humérus - Fémur.
* Rarement lésions viscérales.

⇨ Ces lésions sont dues surtout aux manœuvres obstétricales.

X. CONCLUSION :

- La présentation du siège bien qu'elle ne soit pas vraiment dystocique, reste de pronostic moins favorable que le sommet, d'autant plus qu'il s'agit d'une primipare, le risque de séquelles surtout neurologiques lointaines de l'enfant préfère une césarienne qu'une manœuvre qui peut être agressive, d'autant plus si l'accoucheur est inexpérimenté.